

Anna Zawodniak, Grażyna Dębska

## Potrzeby religijno-duchowe w opiece paliatywnej<sup>1</sup>

### Wprowadzenie

Człowiek ze swej natury jest istotą religijną. Już starożytni myśliciele głosili, że w sercu ludzkim wypisane jest pragnienie Boga. Seneka pisał: „Wszyscy ludzie mają zaszczerpioną wiarę w bogów i nie ma narodu, nawet pozbawionego praw i obyczajów, któryby nie uznawał bogów”<sup>2</sup>.

Człowiek, będąc istotą cielesno-duchową, widzi wielkość, majestat, piękno tego świata, jego celowość. Jednocześnie poszukuje sensu swego istnienia, jest otwarty na przeżycia religijne. Religijność to nic innego jak właściwość natury ludzkiej, która jest zawsze skierowana ku Transcendencji, do relacji z Istotą przewyższającą nasz rozum, nasze istnienie. Tak więc ze swej natury człowiek jest religijny, a wykorzystując swój rozum, wolę i uczucia może na różny sposób angażować się w życie religijne.

Współcześnie K. Kościelniak<sup>3</sup> definiuje pojęcie religii jako: „relację człowieka i danej społeczności do sacrum (Boga, bóstwa, absolutu), od którego człowiek czuje się uzależniony, co wyraża się w kulcie, moralności, różnych formach poddania i identyfikacji”.

Możliwość bycia osobą religijną związana jest z wyborem. J. Makselon pisze: „(...) wybór rzeczywistości świętej przebiega w sposób zróżnicowany: u jednych jest on głęboki i związany z wieloma warstwami psychiki, a u innych dotyczy tylko marginesu życia. Do takiego wyboru kształtuje się określona osobowość religijna. Osobowość religijna to zespół psychicznych cech i zachowań znamienych dla jednostek religijnych (...)”<sup>4</sup>.

W obecnej dobie żadna definicja nie jest w stanie całkowicie dać odpowiedzi, czym jest duchowość. Na nią składają się elementy poznawcze, emocjo-

<sup>1</sup> Tekst przygotowany na podstawie pracy licencjackiej śp. Anny Zawodniak.

<sup>2</sup> T. Jelonek, *Biblijna teologia kapłaństwa*, Kraków 2006, s. 22–23.

<sup>3</sup> K. Kościelniak, *Chrześcijaństwo w spotkaniu z religiami świata*, Kraków 2002.

<sup>4</sup> J. Makselon, *Psychologia dla teologów*, Kraków 1990, s. 263.

nalne, behawioralne, które pomagają opisać osobę i sposób, w jaki ona odbiera życie<sup>5</sup>.

Duchowość, jak pisze P. Socha<sup>6</sup>, to pojęcie wielowymiarowe, obejmujące pogłębione życie religijne, określony światopogląd, jak i kompetencje intelektualne do rozeznania oraz rozumienia siebie i świata oraz posiadanie świadomości i dobrowolnie kształtowanego wymiaru moralnego. To pewnego rodzaju zdolność człowieka do pogłębionej refleksji nad własnym bytem, posiadanie samoświadomości siebie i swojego postępowania również w płaszczyźnie życia duchowego.

Religijność to sfera ludzkiej aktywności i przeżyć, której treścią jest Bóg. Zaś duchowość, życie duchowe jest pojęciem szerszym (wyższą formą), które mieści w sobie przejawy życia religijnego. Może się wyrazić poprzez kontemplację piękną, zrozumienie prawdy, dobra, osobowego przeżywania wolności, odkrywanie wartości miłości, poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o cel i sens życia<sup>7</sup>.

Przechodzimy zatem od religijności do duchowości, czyli od wiary do doświadczenia. Rozwój duchowy z natury prowadzi do głębszego wejścia w religijność, która przestaje już być jedynie czystą obrzędowością. Wierzenia i praktyki religijne są jednym ze sposobów realizowania istniejących w człowieku potrzeb duchowych. Wszyscy mają potrzeby duchowe, jednakże nie wszyscy muszą być osobami religijnie praktykującymi. Religia poprzez wiarę, obrzędy, pomaga wyrazić to, co dzieje się w sferze ducha.

Duchowość zatem umożliwia odkrycie odpowiedzialnego stylu życia zgodnie z naturą człowieka i jego najgłębszymi aspiracjami. Religijność umożliwia zaspokojenie potrzeb duchowych w praktyce. Pod warunkiem jednak, że jest to religijność dojrzała. Religijność niedojrzała zastępuje życie, stanowi jakąś formę ucieczki od życia, podczas gdy religijność dojrzała uczy życia, gdyż umożliwia odkrycie prawdy i dorastanie do miłości.

U kresu życia potrzeby duchowe zajmują ważne miejsce. W sytuacji choroby przewlekłej, szczególnie tej o niepomyślnym rokowaniu, łatwo może dojść do zagubienia nadprzyrodzonego, duchowego wymiaru człowieka. Szczególnie wtedy gdy dochodzi do weryfikowania dotychczasowych poglądów, pragnień, stylu życia. Potrzeby duchowe przenikają naszą cielesność i psychikę, wykraczają poza rozum, zawierając w sobie obszar wiary w istnienie czegoś większego niż człowiek<sup>8</sup>.

<sup>5</sup> M.S. Watson, C.F. Lucas, A.M. Hoy, I.N. Bac, *Opieka paliatywna*, red. wyd. pol. A. Kübler, Wrocław 2007.

<sup>6</sup> *Duchowy rozwój człowieka*, red. P. Socha, Kraków 2000.

<sup>7</sup> K. Klimek, *Rozważania o tajemnicy i sensie ludzkiego cierpienia*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiello-Jarża, Z. Gajda, Kraków 2006, s. 19–34.

<sup>8</sup> K. Brydak, *Pomoc duchowa w opiece paliatywnej*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiello-Jarża, Z. Gajda, Kraków 2007, s. 17–25.

Przyjmuje się, że potrzeb duchowych doświadczą się, a nie udowadnia ich istnienie, możemy stwierdzić, że przewlekłe chory o niepomysłnym rokowaniu doświadczą ich. Są to:

- potrzeba znalezienia znaczenia: celu w życiu, cierpienia i śmierci,
- potrzeba nadziei i kreatywności,
- potrzeba wiary i miłości wobec samego siebie i wobec innych,
- potrzeba znalezienia przebaczenia i akceptacji,
- potrzeba bycia wysłuchanym z należytą uwagą,
- potrzeba znalezienia źródła nadziei i siły,
- potrzeba zaufania,
- potrzeba wyrażenia własnych wierzeń i wartości,
- potrzeba praktyk duchowych<sup>9</sup>.

Żeby zapewnić troskliwą opiekę choremu, nie można zapomnieć o podtrzymywaniu i budowaniu utraconej nadziei. Jest ona jednym z mechanizmów obronnych, która chroni przed załamaniem się, rezygnacją, rozpaczą. Pozwala odnaleźć sens cierpienia przez tych, którzy nie mają już szans na wyleczenie. Pojawia się inna nadzieja, taka jak:

- nadzieja, że dolegliwości ustaną,
- nadzieja spokojnej śmierci,
- nadzieja, że życie miało wartość,
- nadzieja nieśmiertelności,
- nadzieja na opiekę osób bliskich,
- nadzieja, że ci, których się zostawia, poradzą sobie,
- nadzieja, że godnie zakończy się życie<sup>10</sup>.

Zdaniem J. Łuczaka<sup>11</sup>, nadzieja pomaga chorym odnaleźć sens cierpienia, które przeżywają, a które można złagodzić. W konkretnie przejawia się to w uwzględnianiu życzeń chorego.

Duchowe potrzeby są złożone i nie obejmują tylko religijnych aspektów. Wprawdzie poprzez wiarę i rytuały chory może w jakimś stopniu zaspokoić swoje potrzeby, ale również takim wsparciem mogą być piękne wrażenia przesyłane przez naturę i działalność artystyczną: otaczająca przyroda, poezja, muzyka, dzieła sztuki, teatr<sup>12</sup>.

Podstawą działalności współczesnej opieki paliatywnej jest idea otwarcia się na człowieka umierającego. Zgodnie z definicją WHO zapewnia ona wszechstron-

<sup>9</sup> M.S. Watson, C.F. Lucas, A.M. Hoy, I.N. Bac, *Opieka paliatywna*, op. cit.

<sup>10</sup> K. Klimek, *Rozważania o tajemnicy i sensie ludzkiego cierpienia*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiello-Jarża, Z. Gajda, Kraków 2006, s. 19–34.

<sup>11</sup> J. Łuczak, *Towarzyszenie umierającym, cierpiącym – opieka duchowa*, [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B.L. Block, W. Otrębski, Lublin 1997.

<sup>12</sup> J. Łuczak, *Towarzyszenie umierającym chorym w ich cierpieniach duchowych*, „Problemy Nauki, Dydaktyki i Lecznictwa” 1998, nr 6.

ną całościową opiekę nad ludźmi chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby w terminalnym okresie. Opieka obejmuje zapobieganie i uśmierzanie bólu i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaganie rodziny chorych w czasie trwania choroby<sup>13</sup>.

Wraz z działalnością C. Saunders lekarze w sposób profesjonalny zaczęli zajmować się tą problematyką<sup>14</sup>.

Każdy chory potrzebuje czasu, aby oswoić się ze świadomością, że umiera, a następnie przygotować się do tego. Fizycznie chory dostrzega zmiany wyglądu ciała, uszkodzenia związane z chorobą, postępujące osłabienie, dokuczliwe objawy związane z chorobą, np. duszność, wymioty, bezsenność. Psychiczenie odczuwa strach przed bólem, umieraniem, śmiercią, doświadcza poczucia bezsensu własnego cierpienia, czuje się opuszczony, ma świadomość utraty swojej pozycji społecznej, znaczenia w rodzinie. Na to nakładają się problemy socjalne związane z troską o los bliskich po śmierci, o nieuregulowane dotychczas sprawy majątkowe<sup>15</sup>.

Wreszcie pojawia się ból duchowy. Można go określić jako doświadczenie bólu i cierpienia niezwiązanego ze sferą materialną. Do jego istotnych elementów należą:

- poczucie odosobnienia,
- poczucie dysharmonii,
- brak poczucia znaczenia (dlaczego ja?),
- brak poczucia nadziei,
- doświadczenie pustki,
- rozpacz,
- poczucie niesprawiedliwości,
- poczucie braku sensu,
- poczucie braku siły,
- poczucie bycia porzuconym,
- odczuwanie winy duchowej,
- lęk, strach przed Bogiem, związany z niepokojem, co będzie po śmierci<sup>16</sup>.

Do zakresu opieki paliatywnej należy także obszar duchowy człowieka, pewna wewnętrzna przestrzeń, w której mieszczą się oceny poznawczo-wartościujące oraz potrzeby, pragnienia wartości niematerialnych, jak prawda, dobro, piękno.

<sup>13</sup> K. de Walden-Gałuszko, A. Kaptacz, *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, Warszawa 2008.

<sup>14</sup> T. Weber, *Hospicjum za i przeciw*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiello-Jarza, Z. Gajda, Kraków 2007, s. 157–166.

<sup>15</sup> K. Klimek, *Rozważania o tajemnicy i sensie ludzkiego cierpienia*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiello-Jarza, Z. Gajda, Kraków 2006, s. 19–34.

<sup>16</sup> M.S. Watson, C.F. Lucas, A.M. Hoy, I.N. Bac, *Opieka paliatywna, op. cit.*

Papieska Rada Duszpasterstwa ds. Służby Zdrowia istotę opieki duchowej widzi w pełnej miłości obecności przy umierającym człowieku, która pobudza ufność i nadzieję w chorym oraz pojednuje go ze śmiercią. Celem takiej opieki jest pomoc w odzyskaniu duchowej pogody i spokoju, aby to, co wydawało się pozbawione znaczenia, nabrało sensu i wartości<sup>17</sup>.

D. Adams w artykule pt. „Nasza duchowość i określenie sposobu, w jaki rozpoznajemy potrzeby duchowe” zauważył, że w opiece nad terminalnie chorymi zespół terapeutyczny może się znaleźć w trudnej sytuacji. Mimo to musi pomóc swoim pacjentom, aby:

- wierzyli w siebie wtedy, kiedy ich stan fizyczny i psychiczny ulega pogorszeniu,
- utrzymywali więzi rodzinne i koleżeńskie, które w wyniku choroby są narażone na rozluźnienie,
- utrzymywali swój system wierzeń,
- mieli zapewnioną odpowiednią atmosferę, sprzyjającą refleksji nad swoim życiem,
- zachowywali realną nadzieję na przyszłość,
- zostali przygotowani do śmierci.

Zatem wrażliwość na duchowe cierpienia chorego i gotowość przyjścia z pomocą to nie tylko zadanie kapelana, ale także lekarza, pielęgniarki i innych członków zespołu<sup>18</sup>.

Dla osób otaczających chorego rozpoznanie bólu duchowego może być trudne. Słowa chorego: „jestem niepotrzebny”, „jestem tylko ciężarem”, „jestem odrzucony”, mogą być czasem zignorowane. W praktyce oznacza, że ludzie ci odczuwają potrzebę bycia z bliską osobą, zwierzenia się jej, akceptacji, uwagi. Niekiedy może pojawić się prośba o eutanazję. Jest to wtedy sygnał, że chory potrzebuje wsparcia duchowego. Zdolność do podjęcia trudnych, głębokich rozmów jest egzaminem dla osoby opiekującej się chorym, sprawdzianem jej postaw, spojrzenia na życie doczesne i przyszłe. Jakże cenne jest wówczas umiejętne słuchanie, milczenie, dyskrecja, pokora, wrażliwość<sup>19</sup>.

Dlatego też celem pracy była poznanie potrzeb religijno-duchowych osób będących w okresie terminalnym choroby nowotworowej,

## Materiał i metody badawcze

Na podstawie tak postawionego celu sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jakie najczęstsze są potrzeby religijne, duchowe chorych przebywających w oddziale opieki paliatywnej?

<sup>17</sup> Karta pracowników Służby Zdrowia. Papieska Rada ds. Służby Zdrowia. Watykan 1995, p. 117.

<sup>18</sup> D. Adams, *Nasza duchowość i określenie sposobu, w jaki rozpoznajemy potrzeby duchowe*, [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B.L. Block, W. Otrębski, Lublin 1997.

<sup>19</sup> J. Łuczak, *Towarzyszenie umierającym chorym...*, op. cit.

## 2. Jaki jest udział personelu oddziału opieki paliatywnej w zaspokajaniu potrzeb religijnych i duchowych?

W celu pozyskania odpowiedzi na sformułowane problemy badawcze zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Za narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Pytania z kwestionariusza ankiety były zadawane bezpośrednio, podczas rozmowy z chorym. Badanie miało charakter pilotażowy, przeprowadzono je wśród 30 pacjentów (14 kobiet i 16 mężczyzn) na Oddziale Opieki Paliatywnej, w Hospicjum św. Łazarza w Krakowie (n=13), Oddziale Medycyny Paliatywnej na ul. Wielickiej w Krakowie (n=17) od 2 listopada do 2 grudnia 2011 r., po uzyskaniu pisemnej zgody dyrektorów wyżej wymienionych ośrodków.

Wśród 30 respondentów 73% (n=22) to mieszkańcy miasta. Pozostałe 27% (n=8) mieszka na wsi. Większość badanych legitymowała się wykształceniem średnim i zawodowym (odpowiednio 39% i 27%). Spośród badanych najwięcej było wdów i wdowców (27% i 23% ogółu ankietowanych). Zamężne osoby stanowią 20% grupy badanej, zaś rozwiedzeni i kawalerowie – 10%.

## Wyniki

Ponad połowa badanych tj. 60% (n=18), deklaruje zadowolenie ze swojego życia. Brak tego zadowolenia odczuwało 8 osób, czyli 27% ankietowanych. Natomiast 13% (n=4), odpowiedziało, że częściowo są zadowoleni. Przeważająca liczba badanych 87% (n=26) czuje się akceptowana przez swoich najbliższych. Tylko 3 osoby, tj. 10%, nie ma takiego poczucia, a 1 osoba (3%) odpowiedziała, że częściowo ma poczucie akceptacji.

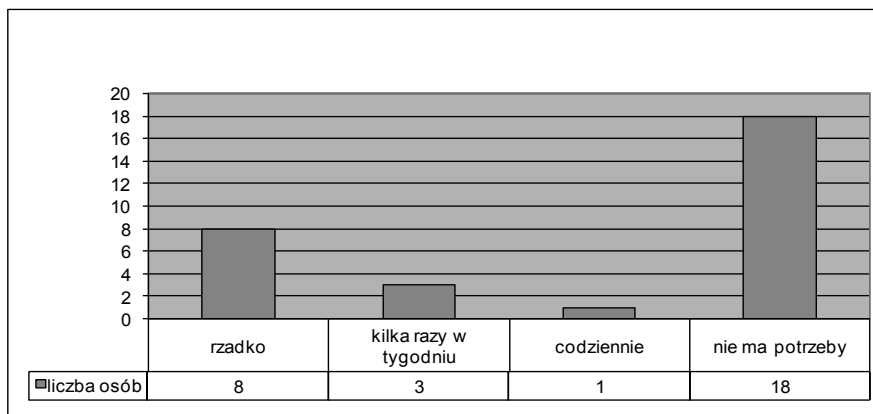
Fakt przebywania na oddziale opieki paliatywnej akceptowała przeważająca liczba chorych, tj. 24 osoby, czyli 80% ankietowanych. Nie akceptowały 4 osoby, czyli 13% badanych. Częściowo przyjmowały ten fakt tylko 2 osoby (7%). Prawie wszyscy badani, czyli 27 osób, czuli się akceptowani przez personel oddziału, w którym przebywali. Stanowią oni 90% ankietowanych. Tylko 2 osoby, czyli 7% badanych, nie czuły się akceptowane, a 1 osoba (3%) odpowiedziała, że częściowo (tabela 1).

Tabela 1. Zadowolenie z życia i akceptacja w badanej grupie

	Tak N / %	Nie N / %	Częściowo N / %
Zadowolenie z życia	18 / 60%	8 / 27%	4 / 13%
Akceptacja przez najbliższych	26 / 87%	3 / 10%	1 / 3,3%
Akceptacja miejsca pobytu	24 / 80%	4 / 13%	2 / 6,7%
Akceptacja przez personel	27 / 90%	2 / 6,7%	1 / 3,3%

Z analizy wynika, że wszyscy badani byli katolikami, z tego praktykujących mocno, tzn. korzystających z sakramentów świętych, najczęściej poprzez codzienne przyjmowanie komunii świętej, było 24 osoby (80%). Potrzebę uczestnictwa raz w tygodniu we mszy świętej deklaruje 13 osób (43%).

Połowa respondentów (n=15) codziennie odczuwa potrzebę osobistego kontaktu z Panem Bogiem przez modlitwę, a 10 osób raz w tygodniu. Pozostałe osoby rzadko odczuwają potrzebę modlitwy.



Wykres 1. Potrzeba czytania lektury religijnej

Z badań wynika, że 60% (18) ankietowanych nie ma potrzeby czytania lektury religijnej. Kilka razy w tygodniu zaglądają do prasy katolickiej 3 osoby (10%), a 27% (n=8) odczuwa taką potrzebę rzadko. Tylko jedna osoba korzysta z lektury katolickiej codziennie.

Potrzebę rozmawiania na tematy religijne wyraziło 20 osób, co stanowi 67% ankietowanych, a 33% (n=10) nie widziało takiej potrzeby. Badanych, którzy wyrazili potrzebę rozmowy na tematy religijne, zapytano, z kim najchętniej podjęliby takie rozmowy, dając do wyboru 5 możliwości: osoba duchowna, pielęgniarka, lekarz, psycholog, wolontariusz. Większość z nich (n=15) odpowiedziała, że podjęłaby rozmowy na tematy religijne z osobami duchownymi, a trzy osoby wskazały na pielęgniarkę. Pozostałe dwie osoby wskazywały na psychologa i wolontariusza.

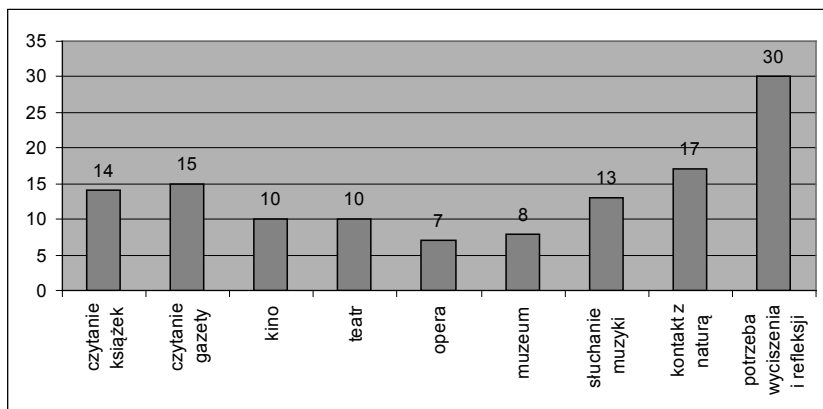
Prawie wszyscy ankietowani 90% (n=27) odpowiedzieli, że czują się wysłuchiwani z należytą uwagą przez personel oddziału opieki paliatywnej. Na pytanie o potrzebę zaufania wszyscy respondenci odpowiedzieli, że mają taką potrzebę.

Respondenci byli pytani również o znaczenie wiary w ich życiu. Najwięcej, aż 23 osób stanowiących 80% wszystkich badanych odpowiedziało, że wiara jest dla nich sensem życia i siłą. Pięć osób (16%) wskazuje, że świat bez Boga byłby niezrozumiały. Dwie osoby uznały, że wiara nie ma dla nich żadnego znaczenia.

Największym źródłem nadziei dla 86,7% (n=26) chorych przebywających w oddziale opieki paliatywnej są w kolejności: Bóg, wiara i wsparcie ze strony rodziny

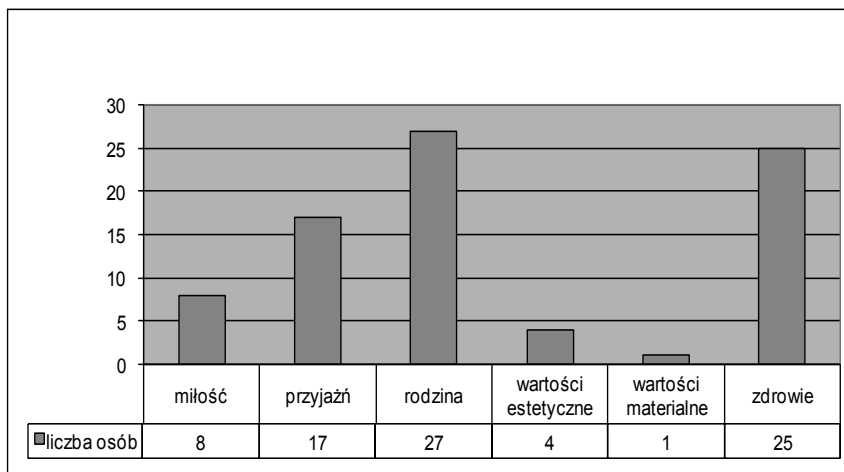
i innych osób (przyjaciół, personelu). Dla pozostałych największym źródłem nadziei jest wsparcie ze strony rodziny i innych.

Przeważająca liczba chorych, tj. 23 osoby (77%), nie wykazywała chęci i potrzeby zaangażowania się w jakiekolwiek prace ręczne, prowadzone przez terapeutkę zajęciową. Taką potrzebę wyrażało tylko 7 osób, czyli 33% ogółu ankietowanych.



Wykres 2. Potrzeby wyrażone przez chorych

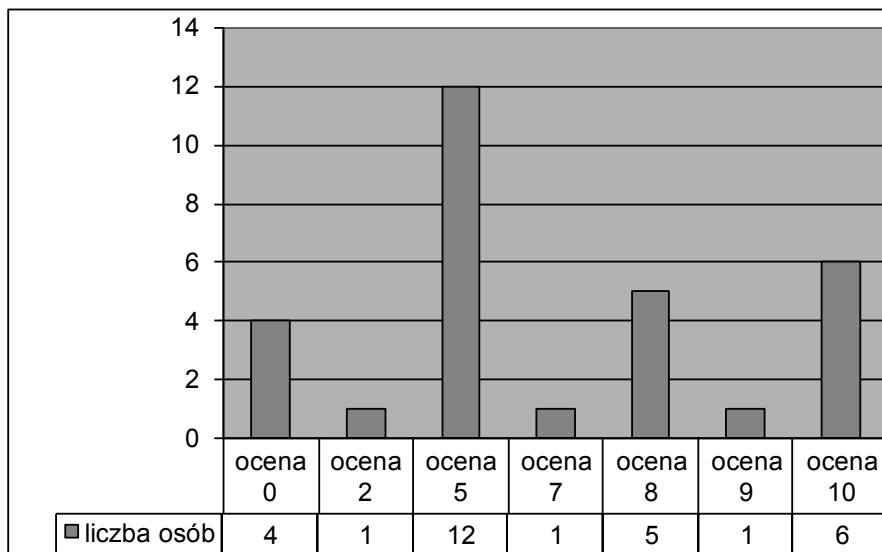
Jak wynika z wykresu, wszyscy ankietowani odczuwają potrzebę wyciszenia i refleksji. Liczną grupę stanowią osoby ( $n=17$ , 56,7%), które mają potrzebę kontaktu z naturą. Potrzebę czytania książek, prasy deklaruje 96,7% ( $n=29$ ) badanych. Pragnienie słuchania ulubionej muzyki odczuwa 43,3% ( $n=13$ ). Chęć pójścia do kina, teatru, sygnalizowało 20 osób (66,7%). Osiem osób chętnie wybrałoby się jeszcze do muzeum, a 7 do opery.



Wykres 3. Wartości preferowane przez chorych



Chorzy przebywający na oddziale opieki paliatywnej najwyżej cenią sobie wartość rodziny. Wskazało na nią 27 osób (90%). Drugą w hierarchii ważności wartością w życiu badanej grupy jest zdrowie. Wskazało na nią 25 osób (83,3%), dalej przyjaźń – 17 osób (56,7%), miłość – 8 osób (26,7%), wartości estetyczne (poezja, literatura, piękno przyrody, muzyka, malarstwo) – 4 osoby (13,3%). Wartości materialne, jak: posiadanie domu, samochodu, pieniędzy wybrała tylko jedna osoba.



Wykres 4. Ocena chorych dotycząca zaspokajania przez personel potrzeb religijnych

Najwięcej, 41% (n=12) oceniło personel pod kątem zaspokajania potrzeb religijnych na 5 punktów w skali od 0–10. Najwyższą ocenę, czyli 10 punktów, zaznaczyło 20% (n=6). Na 8 punktów oceniło zaspokajanie potrzeb przez personel 17% (n=5) badanych. Trzy osoby oceniły personel na odpowiednio 2, 7 i 9 punktów, a pozostali na 0 punktów. Jeżeli chodzi o potrzeby duchowe to: zdaniem 67% (n=20) badanych, są one zaspokajane częściowo przez personel, a 33% (10) twierdzi, że całkowicie.

## Podsumowanie

Prawdziwe człowieczeństwo wykracza poza zaspokajanie podstawowych potrzeb biologicznych człowieka. Szczególnie gdy człowiek stoi wobec świadomości, że umiera. Wiele dopiero wtedy po raz pierwszy zastanawia się nad swoim życiem i pyta: Dlaczego to mnie spotkało? Co złego zrobiłem? Perspektywa niepomyślnego rokowania przyspiesza i wzmacnia rozwój duchowy. Chory przez kontakt

z drugim człowiekiem, praktyki religijne, czas samotności i zadumy dąży do podsumowania swojego życia. Obecne są w nim wątpliwości przeplatane z nadzieją, przerażenie z odwagą, radość ze smutkiem, wybaczenie z żalem.

Celem badań było przyjrzenie się potrzebom religijnym i duchowym osób chorych terminalnie, przebywających w oddziale opieki paliatywnej. Badaniem objęto 30 osób.

Wszyscy ankietowani byli katolikami, z czego 4 osoby były niepraktykujące. Z potrzeb religijnych badana grupa szczególnie podkreślała potrzebę korzystania z sakramentów świętych, a przede wszystkim przyjmowania komunii świętej. Istotną potrzebą było także niedzielne uczestnictwo we mszy świętej. Połowa badanych odczuwała potrzebę codziennego kontaktu z Panem Bogiem na osobistej modlitwie. Ze względu na wiek chorych i problemy ze wzrokiem przeważająca liczba pacjentów nie miała potrzeby czytania Pisma św., książki religijnej czy zaglądania do prasy katolickiej. Większość ankietowanych wyrażała chęć rozmowy na tematy religijne, ale tylko z osobami duchownymi. Na koniec części pytań dotyczących potrzeb religijnych, chorzy byli pytani o znaczenie wiary w ich życiu. Dla większości ankietowanych wiara w Boga jest siłą i nadaje sens.

Pytania dotyczące potrzeb duchowych obejmowały zarówno sferę ducha, jak i psychiki. Dotykały systemu wartości, jakimi się chory w życiu kieruje, pogłębionej refleksji nad życiem, zainteresowań. Większość respondentów była ogólnie zadowolona ze swojego życia. Fakt przebywania na oddziale paliatywnym i doświadczenie własnej choroby wpływał na częste zastanawianie się nad sensem cierpienia. Jednakże pogłębiona refleksja nad sensem swojego życia była sporadyczna. Wartości preferowane przez chorych to przede wszystkim: rodzina, zdrowie i przyjaźń. Dla większości badanych źródłem nadziei jest Bóg, wiara oraz wsparcie ze strony najbliższych i personelu. Potrzebę zaufania odczuwali wszyscy ankietowani. Przeważająca część badanych potrzebę akceptacji miała zaspokojoną, to znaczy, akceptację przez najbliższych odczuwało 87%, akceptację ze strony personelu 90%, a fakt przebywania na oddziale akceptowało 80%. Potrzeba wysłuchania z należytą uwagą była zaspokojona prawie u wszystkich badanych. Wszyscy ankietowani odczuwali przede wszystkim potrzebę ciszy i refleksji. Jednakże pytani o to, czym najchętniej by się zajęli, gdyby byli bardziej zdrowi i sprawni, to najwięcej osób odpowiedziało, że przebywałoby na łonie natury, następnie czytałoby gazety, książki i słuchałoby muzyki. Udział personelu medycznego w zaspokajaniu potrzeb religijnych był oceniany przez respondentów za pomocą skali 0-10. Najwięcej, bo 12 osób oceniło na 5. Natomiast 6 osób dało maksymalną ocenę. Zaspokajanie zaś potrzeb duchowych przez personel większość ankietowanych oceniła jako częściowe. Wsparcia oczekiwali przede wszystkim od rodziny, a w dalszej kolejności od personelu. Refleksja dotycząca swojego życia, cierpienia dokonuje się w ciszy, której przede wszystkim chorzy potrzebowali, a którą nie zawsze na oddziale jest się w stanie zapewnić.

W dostępnym, analizowanym piśmiennictwie zwrócono uwagę na badania przeprowadzone przez psychologów, jednakże dotyczące postaw chorych wobec

śmierci. Zatem jako uzupełnienie można przytoczyć wyniki badań R. Jaworskiego i J. Makselona<sup>20</sup>, które wskazują, że rodzaj religijności ma wpływ na poziom lęku śmiertelnego. Badani o religijności personalnej, charakteryzującej się osobową relacją z Bogiem, wykazywali się osobowością o silnym, zintegrowanym „ja”, dojrzałością emocjonalną, ufnością, a przez to mniejszym poczuciem lęku.

Na odrębną uwagę zasługują badania J. Makselona<sup>21</sup>. Badał on, jakie znaczenie dla lęku śmiertelnego mają: sens życia, poczucie osamotnienia, upływ czasu i wreszcie stosunek do *Sacrum*. Wyniki wskazują na to, że osoby o wysokim poczuciu sensu traktują śmierć jako całość życia, czują się do niej względnie przygotowane. Postawa osób z niskim poczuciem sensu życia jest niejasna, bardziej się lękają umierania, kontaktu ze zmarłym, przedwczesnej śmierci. Natomiast osoby z wyższym poczuciem osamotnienia i żyjące czasem przeszłym mają wyższy wskaźnik lęku przed umieraniem, nieznanym, wyglądem ciała i przedwczesną śmiercią. Zauważył też, że osoby o religijności personalnej nie mają wątpliwości co do istnienia życia wiecznego, nie boją się spotkania z Bogiem, a śmierć nie jest dla nich kresem egzystencji. Natomiast osoby o niskim wskaźniku religijności mają wyższy poziom lęku śmiertelnego.

W większości badań nad postawą religijną i jej oddziaływaniem na lęk śmiertelny tanatolodzy dowodzą pozytywnego wpływu. Oznacza to, że im większa spójność poglądów na życie wieczne i im silniejsza wiara religijna, tym mniejszy lęk przed śmiercią. Jednakże psychologowie i psychiatrzy nie mogą ciągle postawić jednoznacznej hipotezy, czy wiara w życie pozagrobowe po prostu obniża lęk przed śmiercią, czy może go rozprasza. Niewątpliwie postawa religijna człowieka ma wpływ na lęk śmiertelny, gdyż może go zmniejszać, jeśli człowiek przeżywa swą religijność w wymiarze osobowej relacji z kochającym Bogiem.

Wrażliwość na duchowe udręki chorego i gotowość przyjścia mu z pomocą to nie tylko zadanie kapłana czy siostry zakonnej, ale także lekarza i pielęgniarki. Czy zatem personel medyczny pracujący z osobami terminalnie chorymi w hospicjum może być bardziej wyczulony na duchowy wymiar opieki? Przysłowie: „Człowiek tyle widzi, ile wie” można również odnieść do sfery duchowo-religijnej. Rozpoznanie potrzeb opieki duchowej powinno być także przedmiotem uwagi pielęgniarki pracującej z osobami umierającymi. Świadomość i uznanie indywidualnej orientacji duchowej pacjenta jest nieodłączną częścią opieki holistycznej, pomimo wszystkich trudności, jakie niesie ona ze sobą w świeckich i wielowyznaniowych społeczeństwach. Kwestie duchowe są elementem opieki prawdziwie holistycznej, w której umysł i ciało nie mogą pozostać bez ducha istoty ludzkiej. Często opisuje się je jako te, które nadają życiu znaczenie i wartość. Jedno z badań J.A. Robertsa i wsp.<sup>22</sup> wykazało, że dla 93% pacjentów chorujących na raka religia jest istotnym

<sup>20</sup> M.R. Hinc, R. Jaworski, *Psycholodzy chrześcijańscy wobec problemów człowieka*, Płock 2005.

<sup>21</sup> *Ibidem*.

<sup>22</sup> J.A. Roberts, et. al., *Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions*, „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 1997, nr 176, s. 166–172.

elementem pomagającym podtrzymać nadzieję. Inne badanie pacjentów z czerlakiem złośliwym wykazało, że wiara wpływa na sposób radzenia sobie z chorobą i na poziom akceptacji.

Złożona natura „opieki duchowej” oraz samo definiowanie pojęcia „duchowości” mogą wydawać się abstrakcyjne i ulotne z punktu widzenia naukowego. Opieka duchowa bywa często ignorowana, stwarzając niebezpieczeństwo dostarczania niepełnowartościowej opieki. Nie ma jednoznacznej definicji duchowości. Rozumiana jest ona jako coś szerokiego, co inspiruje jednostkę do intelektualnego odewrwania się od sfery materialnej.

Duchowość nie jest zatem propozycją intelektualną, ale składa się z elementów poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych, które przyczyniają się do zdefiniowania osoby i sposobu, w jaki odbiera ona życie. W niesieniu opieki duchowej należy przestrzegać następujących zasad: obecność przy chorym, umiejętności słuchania, ułatwienie poznawania, pozostawienie miejsca na tajemnice, zjawiska paradoksalne, podtrzymywanie realistycznych nadziei, stwarzanie „przestrzeni” dla pacjentów, umiejętne łączenie profesjonalizmu ze współczuciem, pozostawianie na bieżąco z własnymi potrzebami duchowymi<sup>23</sup>.

Ponieważ dla wielu chorych sprawy wiary są ważną częścią życia, a jej znaczenie pogłębia się wraz ze zbliżającą się śmiercią, nie należy się bać otwarcie, ale z poszanowaniem przekonań zaproponować odwiedzinę duchownego. Szanując przynależność chorego do określonej wspólnoty religijnej i jego system wartości, personel medyczny winien w miarę swoich możliwości dopomóc w próbie osobistego kontaktu z Bogiem<sup>24</sup>.

W Kodeksie etyki zawodowej czytamy, że „Pielęgniarka i położna winna dążyć do zapewniania podopiecznemu godnych warunków umierania z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości”<sup>25</sup>. W praktyce pielęgniarskiej wyraża się to poprzez uwzględnienie w wywiadzie pytań o wyznanie chorego, jak i o to, czy pragnie skontaktować się z duchownym oraz przeniesienie zmarłego do osobnej sali w celu umożliwienia kontaktu z rodziną. Ponadto pielęgniarka powinna znać podstawowe obrzędy religijne dotyczące umierania i śmierci i zachować się w sposób godny, aby nie urazić uczuć religijnych osoby zmarłej i jej rodziny<sup>26</sup>.

Karta Pracowników Służby Zdrowia może być drogowskazem postępowania i wzorem dla każdej pielęgniarki, według którego mogą one pracować przy osobie umierającej. „Odniesienie się do chorego w stanie terminalnym to bardzo czę-

<sup>23</sup> M.S. Watson, C.F. Lucas, A.M. Hoy, I.N. Bac, *Opieka paliatywna*, op. cit., s. 625–635.

<sup>24</sup> Z. Pawlak, *Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby nowotworowej*, [w:] *Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej*, Tarnów 2002.

<sup>25</sup> I. Wrońska, J. Mariański, *Etyka w pracy pielęgniarskiej*, Roz. VII Kodeks Etyki zawodowej pielęgniarek, Lublin 2002.

<sup>26</sup> D. Ordys, J. Eszyk, *Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentami umierającymi różnych wyznań*, [w:] E. Krajewska-Kułak, W. Niklewicz, J. Lewko, C. Łukaszuk (red.), *W drodze do brzegu życia*, t. 2, Białystok 2007.

sto sprawdzian poczucia sprawiedliwości i miłości, szlachetności ducha, odpowiedzialności i uzdolnień profesjonalnych pracowników służby zdrowia<sup>27</sup>. Wobec pacjenta umierającego pielęgniarka powinna kierować się postawą empatii, z której wypływa: miłość, dyspozycyjność, uwaga, zrozumienie, życzliwość, cierpliwość, dialog<sup>28</sup>.

Ogólnie zatem można rozumieć opiekę duchową jako:

- gotowość do wysłuchania historii życia chorego,
- obecność przy chorym,
- łagodzenie lęku przed śmiercią,
- zapewnienie czasu i miejsca na modlitwę,
- tworzenie klimatu potrzebnego do religijnego przeżycia<sup>29</sup>.

Na podstawie badań sformułowano następujące wnioski:

- Chorzy odczuwają potrzebę wyrażania swojej religijności.
- Chorzy byli otwarci na rozmowy o tematyce religijnej; dla większości odpowiednią do tego jest osoba duchowna.
- Chorzy przebywający na oddziale opieki paliatywnej odczuwają potrzebę akceptacji ze strony rodziny i personelu, wsparcia i chcą być wysłuchani z należytą uwagą.
- Wiara w Boga dla większości ankietowanych daje siłę i poczucie sensu.
- Doświadczenie choroby sprzyja refleksji nad sensem cierpienia; badane osoby deklarują potrzebę przebywania w ciszy i spokoju.

---

<sup>27</sup> Papieska Rada ds. Służby Zdrowia, [w:] *Troska o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998, s. 608.

<sup>28</sup> Banaszak-Żak B., Tolarczyk A., *Opieka pracowników służby zdrowia nad pacjentem umierającym w aspekcie bioetyki chrześcijańskiej*, [w:] *W drodze do brzegu życia*, red. E. Krajewska-Kułak, W. Niklewicz, J. Lewko, C. Łukaszuk, t. 2, Białystok 2007.

<sup>29</sup> K. Klimek, *Rozważania o tajemnicy i sensie ludzkiego cierpienia*, [w:] *Ból i cierpienie*, G. Makiełło-Jarża, Z. Gajda, Kraków 2006, s. 19–34.